

페어팩스 폴스(Fairfax-Falls) 교회 지역사회 봉사 위원회 (Fairfax-Falls Church Community Services Board)
인권 인지 공지서 (NOTICE OF HUMAN RIGHTS ACKNOWLEDGMENT FORM)

페어팩스 폴스(Fairfax-Falls) 교회 지역사회 봉사 위원회의 목표는 개개인에게 가능한 최선의 서비스를 제공하는 것입니다. 귀하에게는 이 단체의 서비스를 받는 사람으로서 정부 규정에 의해 보호받는 권리들이 있습니다. 특수한 상황 외에는 누구도 귀하의 권리를 침해할 수 없습니다. 다음은 이러한 권리들의 요약입니다. 권리들을 이해하는데 도움이 필요하시거나, 귀하에게 어떻게 적용되는지 또는 인권 규정의 사본을 얻는 방법을 알고 싶으시면 직원에게 연락하십시오.

귀하의 권리는 다음과 같습니다.

- 존엄성을 존중받고 존대를 받을 권리
- 귀하의 서비스 계획에 대해 자세히 알 권리
- 귀하의 서비스 계획 개발에 참여할 수 있는 권리
- 위임 대리인이 귀하를 대신하여 결정을 내릴 수 있는 권리
- 서비스 계획, 사정 및 평가에 참가할 시에 신뢰하는 사람(들)을 동반할 수 있는 권리
- 귀하의 서비스 계획에 대해 정보에 입각한 결정을 내릴 수 있는 권리
- 사생활권, 안전의 권리 및 비밀을 보장받을 권리
- 학대, 방치 및 착취로부터 보호받을 권리
- 법으로 금지된 바와 같이 차별 없이 서비스를 제공받을 권리
- 귀하의 서비스 기록 정보를 열람할 수 있는 권리
- 귀하의 불만 사항을 해결 받을 권리
- 귀하의 권리에 대해 질문할 수 있고 설명을 들을 권리
- 귀하의 권리에 대해 도움을 받을 권리

덧붙여, 거주형 시설에서 생활하는 분들의 권리는 다음과 같습니다.

- 적합한 의복을 충분히 가져오는 등 귀하의 개인 소지품들을 소지하고 사용할 권리
- 영양가 있고 균형이 잡힌 식사를 제공받을 권리
- 서비스 계획이 제한하지 않는 한 방문객을 만나거나 거부할 수 있고 누구에게는 전화를 하거나 편지를 쓸 수 있는 권리
- 국선대리인 또는 지역 인권 옹호자 케빈 팔루작(Sarah Burlar)과 개인적으로 면담할 수 있는 권리
- 종교 생활을 할 수 있고, 본인이나 타인에게 위협하지 않으며 타인의 자유를 침해하지 않는 종교 행사에 참석할 수 있는 권리
- 귀하의 치료 프로그램이나 서비스 계획의 일부가 아닌 일을 하면 보수를 받을 권리

만약 의문 사항, 용무, 의견이 있으시거나 본인의 권리를 이해하는데 도움이 필요하시면, 서비스 제공자나 프로그램 관리자와 문제를 해결하도록 하십시오. 서비스 직원과 문제를 해결하지 못하고 또한 자신의 권리가 무시되었거나 박탈당했다는 생각이 들 경우에는 귀하 프로그램의 CSB 인권 프로그램 대표 또는 국가 인권 옹호자들 중 한 명에게 공식적으로 불만을 제기할 수 있습니다. 이 사람들은 지역사회 프로그램에 참여하는 개개인의 권리가 존중되는 것을 보장하는 일을 합니다. 제기된 불만 사항에 대해서는 즉각 조치가 취해집니다.

CSB 인권 대표

데이빗 만가노 (David Mangano) 703-324-7016
리사 블래커 (Lisa Blecker) 703-324-4426

버지니아주 DBHDS 인권 옹호자

케빈 팔루작 (Sarah Burlar) 877-600-7431 *수신자 부담 전화*

NOTE: 버지니아 도서관은 의료 기록의 보관 및 배치를 버지니아주 법 42.1-79절에 의거하여 다음과 같이 결정합니다.

- 성인 - 문서 기록은 본 기관 서비스를 받은 마지막 날부터 6년간 보관 후에 분쇄, 펄프화 또는 소각 폐기합니다. 전자 기록은 반드시 덮어쓰기로 삭제하거나 전자 매체를 물리적으로 폐기해야 합니다.
- 청소년 - 문서 기록은 출생 후 24년간 보관 후에 분쇄, 펄프화 또는 소각 폐기합니다. 전자 기록은 반드시 덮어쓰기로 삭제하거나 전자 매체를 물리적으로 폐기해야 합니다.

성명: _____ 케이스 번호 _____
(인쇄체로 기입)

인권 인지: 본인은 페어팩스 폴스(Fairfax-Falls) 교회 지역사회 봉사 위원회 프로그램 참가자로서의 권리에 대한 요약을 구두로 또는 서면으로 받았습니다.

서명 _____ 날짜 _____

부모/보호자/위임 대리인의 서명 _____ 날짜 _____

이 권리들을 검토 및 설명한 직원: _____ 직원 성명 _____ 날짜 _____

상기 명명된 사람은 권리를 이해했음에 서명할 수 없거나 서명을 원하지 않습니다.